

様式 1

求人登録票（申込票兼労働条件明示書）

受付日	平成 年 月 日 ( )	求人番号		採用・取消	取扱者	
-----	--------------	------	--	-------	-----	--

(太線で囲んだ項目を記入してください)

①施設種別	1 病院      2 診療所      3 介護老人保健施設      4 その他 ( )				
ふりがな					
就業先施設名					
②就業先施設の所在地	〒      -				
T E L	( )      -	F A X	( )      -		
勤務形態	1 常勤      2 非常勤(月 日)      3 その他( )				
試用期間	1 定めあり(期間: )      2 定めなし				
雇用期間	1 定めあり( 年 月 日～ 年 月 日)      2 定めなし				
採用人数	人	定年制	あり( 歳)・なし		
③業務内容	<p>(希望する診療科に✓印をご記入ください*3科目まで)</p> <p> <input type="checkbox"/>内科      <input type="checkbox"/>呼吸器内科      <input type="checkbox"/>循環器内科      <input type="checkbox"/>消化器内科      <input type="checkbox"/>腎臓内科  <input type="checkbox"/>神経内科      <input type="checkbox"/>糖尿病内科      <input type="checkbox"/>血液内科      <input type="checkbox"/>感染症内科      <input type="checkbox"/>心療内科  <input type="checkbox"/>アレルギー科      <input type="checkbox"/>リウマチ科      <input type="checkbox"/>皮膚科      <input type="checkbox"/>泌尿器科      <input type="checkbox"/>小児科  <input type="checkbox"/>精神神経科      <input type="checkbox"/>心療内科      <input type="checkbox"/>外科      <input type="checkbox"/>呼吸器外科      <input type="checkbox"/>循環器外科  <input type="checkbox"/>乳腺外科      <input type="checkbox"/>消化器外科      <input type="checkbox"/>脳神経外科      <input type="checkbox"/>気管食道外科      <input type="checkbox"/>整形外科  <input type="checkbox"/>リハビリ科      <input type="checkbox"/>形成外科      <input type="checkbox"/>美容外科      <input type="checkbox"/>小児外科      <input type="checkbox"/>眼科  <input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科      <input type="checkbox"/>産婦人科      <input type="checkbox"/>産科      <input type="checkbox"/>婦人科      <input type="checkbox"/>放射線科  <input type="checkbox"/>麻酔科      <input type="checkbox"/>病理診断科      <input type="checkbox"/>臨床検査科      <input type="checkbox"/>救急科                 </p> <p>※ 業務内容をできるだけ具体的にご記入ください。採用人数が複数の場合は、科目毎の人数を記載願います。(別紙可)</p>				
④就業時間	平日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 土曜日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 休憩時間： 時 分～ 時 分 (週 日勤務) (週 時間勤務)				
⑤時間外勤務	月平均 時間	特記 事項			

休日	日曜・祝祭日・指定日（週 回）・年未年始（ 日）・その他（ 日） 週休2日制：毎週・隔週・その他（ ）・なし			
有休休暇	年次有休休暇（ 日）・夏季休暇（ 日）・その他（ 日）			
⑥賃金（税込）	基本給	年 俸：	円～ 円	
		月 給：	円～ 円	
		日 給：	円～ 円	
		時 給：	円～ 円	
	手 当	通勤手当：	1 全額・定額（最高 円まで）	2 なし
		昇 給：	1 あり（ ）	2 なし
		固定残業代：	円	
		その他の手当：	手当 円	円
			手当 円	円
			手当 円	円
賃金締切日	毎月	日・その他（ ）		
給与支払日	毎月	日・その他（ ）		
福 利 厚 生	加入保険等	1 雇用 2 労災 3 健康 4 厚生 5 介護 6 その他（ ）		
	退職金制度	1 あり（国・県・市町村・共済金・独自） 2 なし		
	⑦住宅の有無	1 あり（単身用・世帯用） 2 なし 3 その他		
⑧裁量労働制を適用されている場合はその旨を明記ください。（別紙可）				
⑨施設等の特徴、PR等をご記入ください。（パンフレット類添付可）				
連絡担当者		課係名		
		氏 名		
		内 線		

※登録内容が変更になった場合は、その都度お知らせください。